Barragan (V.)

ESCUELA N. DE MEDICINA DE MEXICO

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE

# LA VARICOCELE

Prueba escrita
presentada al Jurado Calificador

POR


VICENTE BARRAGAN

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina
y de la Práctica Médico-Militar, Teniente aspirante
del Cuerpo Sanitario del Ejército.





LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE
JUL 12 1899



MÉXICO
J. JOAQUIN TERRAZAS É HIJO, IMPRESORES
Puente de Santo Domingo, núm. 2
CALLE NORTE 5, NUMERO 1111
1894


Sr. Sinodal propietario
D. José Ma. Bandera.
J. B.

ESCUELA N. DE MEDICINA DE MEXICO

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE

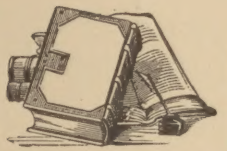
# LA VARICOCELE

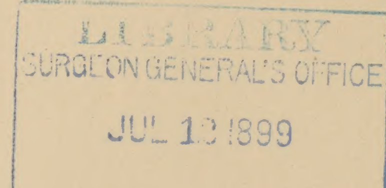
Prueba escrita
presentada al Jurado Calificador

POR


VICENTE BARRAGAN

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina
y de la Práctica Médico-Militar, Teniente aspirante
del Cuerpo Sanitario del Ejército.




MÉXICO

J. JOAQUIN TERRAZAS É HIJO, IMPRESORES

Puente de Santo Domingo, núm. 2

CALLE NORTE 5, NUMERO 1111

1894

A mi hermano Juan

SE da el nombre de *varices* á la dilatación patológica y permanente de las venas. La localización de esta afección en las venas del teste y del cordón espermático ha recibido de los autores modernos la designación de *Varicocele*, (de *varix*, *varice* y *ynʎn*, *tumor*). Los cirujanos de la antigüedad llamábanla *cirsocele*.

Desde los tiempos de Celso y Pablo de Egina la varicocele ha sido el objeto de interesantes estudios por parte de los cirujanos. Pero sólo del año de 1838 data el primer trabajo completo sobre la materia: la monografía de Landouzy, en la cual manifestaba su autor que «difícilmente se hallaría en el cuadro nosológico enfermedad menos estudiada que la varicocele.»

La varicocele es una afección demasiado frecuente. Así lo demuestran las estadísticas formadas por algunos médicos militares europeos, en los reconocimientos de individuos reclutados para el servicio de las armas. Curling, en 116,317 hombres examinados en

Inglaterra é Irlanda, durante un decenio, encontró . . . 3,911 varicosos espermáticos; es decir, un 70.5 por 1,000. Y esta proporción no revela toda la verdad, porque en la relación del cirujano inglés no se tomaron en consideración más que aquellos casos en que la varicocele, por ser muy dolorosa ó por su gran volumen, se hacía incompatible con las faenas del soldado.

La observación enseña que es la varicocele un padecimiento propio de la juventud, de aquella época de la vida en que la actividad genésica es más vigorosa. Rara antes de los 10 y después de los 35 años, es sobre todo frecuente entre los 15 y 25. (Landouzy).

Delpech hacía de las varices del cordón un patrimonio exclusivo de los ancianos. La falsedad de tal aserto es puesta en evidencia por las observaciones hechas por Horteloup en el asilo de Bicètre: en 1,600 ancianos no había más que 42 afectados de varicocele, en 16 de los cuales el padecimiento databa de la juventud.

Por el contrario, se ha creido que la varicocele tendría cierta tendencia á desaparecer en la vejez. Esta influencia curativa de la edad es muy problemática, ó por lo menos excepcional, al decir de Horteloup; quien asegura no haberla visto manifestarse sino en uno de los 42 años asilados de Bicètre.

Según Gosselin, lo que ha hecho creer que la varicocele podía curar espontáneamente en la ancianidad, es que en esta época de la vida, aquella afección deja de ser dolorosa, lo cual se explicaría por el reposo á que comunmente se abandonan los viejos y por la cesación de la actividad sexual.

La flebectasía puede ser unilateral ó bilateral.

Es tal la frecuencia de la varicocele unilateral izquierda, que para Vidal (de Cassis) era esa «la más infalible de las leyes de la Patología.» A este respecto el propio autor asentaba que «quien encontrase una varicocele hacia el lado derecho, podía asegurar desde luego que igual afección existiría en el opuesto, y siempre más acentuada; y en caso de que esto no se realizara, era legítimo pensar en una inversión del aparato circulatorio.»

Es manifiesta la exageración de Vidal. Si es un hecho bien comprobado que la varicocele tiene particular predilección por el cordón izquierdo, no es menos exacto, y de demostrarlo se encargan las estadísticas, que el derecho suele ser el sitio elegido por el proceso varicoso.

De los 3,911 casos á que Curling hace referencia, en 3,360 la varicocele fué izquierda; en 269, derecha, y 282, bilateral.

En 7,599 casos de varicocele, que componen la estadística de Carlos Nebler, la localización era como sigue: 6,985 á la izquierda, 305 á la derecha y 309 á ambos lados.

*
* *

Antes del descubrimiento de la circulación de la sangre, las ideas humorales, entonces reinantes, eran invocadas por todos los autores para explicar el desarrollo de las varices. Así, se lee en Ambrosio Paré que las flebectasias son el resultado de una alteración de los humores «de una sangre melancólica.»

La grande obra de Harvey hizo conocer el error en que se había caído. Desde entonces, en posesión de conocimientos exactos sobre el movimiento de la sangre, y cuando se hubo demostrado que el líquido orgánico circulaba en los vasos bajo leyes precisas, se pretendió resolver el problema por simples perturbaciones locales de la circulación: la varice no sería más que un efecto puramente mecánico.

Con los trabajos de Briquet y de Gaujot se abrió una nueva vía al estudio etiológico de las varices: buscose en el estado anatómico de las venas la causa generatriz del proceso varicoso.

Por último, Rienzi, Leonardi, Lancereaux y otros creen descubrir en la afección venosa la influencia del sistema nervioso.

Existen, pues, en la actualidad, tres teorías patogénicas de las varices: teoría mecánica, teoría anatomo–patológica y teoría nerviosa.

Según la primera, la varicocele no es más que la consecuencia de trastornos mecánicos de la circulación venosa.

Esta teoría hace hincapié en las condiciones anatómicas y fisiológicas del plexus venoso espermático, para explicar el desarrollo de la varicocele. En efecto, el largo trayecto ascendente de las venas, la escasez de válvulas y la facilidad con que estas se hacen insuficientes, la flojedad de los tejidos que las rodean, la falta de músculos cuya contracción ayude la vuelta de la sangre al corazón, todas estas circunstancias, entorpecen la circulación de vuelta, y no hacen más que favorecer la estancación sanguínea y el aumento de presión intravenosa, que es su consecuencia; por otra parte, la turgencia y estásis que se producen en las propias venas espermáticas, durante las expiraciones fuertes y prolongadas (esfuerzo), los movimientos hiperhémicos que allí se efectúan en las excitaciones sexuales, las oscilaciones que imprimen á la irrigación sanguínea las variaciones de la temperatura ambiente, son todos, fenómenos fisiológicos que, sometiendo las túnicas vasculares á una activa gimnasia, acabarán por cansar al elemento elástico. Circunstancias anatómicas desfavorables para una circulación perfecta y debilitamiento de los canales por un exceso de función, son dos factores que según los partidarios de la teoría mecánica, harían eficaz la acción de los trastornos hidráulicos locales.

Estos consisten en el engurgitamiento, la repleción superabundante de las venas del cordón, estado que de-

termina un aumento de la presión sanguínea en aquellos vasos; los que no re-obrando ya contra la fuerza excéntrica de la columna líquida, ceden pasivamente y se dilatan.

El agente que poniendo en juego esa predisposición normal, digamos así, de las venas testiculares, determina su ectasia persistente, es, pues, la hipertensión venosa que resulta de la acumulación de una gran cantidad de sangre en su seno. Esta hiperhemia pasiva puede ser engendrada: por un obstáculo al movimiento ascendente de la sangre, por un aflujo mayor del líquido hacia el sistema venoso funicular ó por la disminución de las resistencias pesiféricas.

El obstáculo puede estar situado en un punto cualquiera del trayecto de las venas espermáticas, entre el teste y el lugar de su terminación.

La compresión del cordón izquierdo por el testículo derecho, durante la marcha, compresión facilitada por el nivel más alto á que se encuentra esta glándula, respecto de su congénere, y por la vecindad del plano resistente que ofrece el muslo izquierdo, es aceptada como causa de varicocele por algunos autores. Pero su influencia es muy problemática, porque, no ejerciéndose la compresión sino en la primera porción de las venas, es decir, inmediatamente arriba del borde superior del teste que está mas bajo, la varice debería formarse en el segmento venoso que está antes del obstáculo; por consiguiente, en el punto original de aquellos vasos. Ahora bien, la dilatación varicosa nunca es tan limitada.

El entorpecimiento de la circulación de vuelta pudiera ser engendrado por la presencia en el anillo inguinal de los elementos de una hernia; y el braguero usado para contenerla, comprimiendo las venas sobre el pubis, continuaría efiscazmente la obra empezada por los órganos herniados.

Un mecanismo semejante se atribuye al uso constante de pantalones que compriman demasiado la inguinal y raíz de las bolsas.

Debe buscarse en la compresión de las venas espermáticas, la influencia patogénica del infarto de los ganglios lombares é iliacos, epiplón grasoso, en los individuos obesos, y los tumores abdominales. Entre estos últimos, son dignos de mención especial los que afectan la glándula renal.

La localización del neoplasma en este órgano suele acompañarse de varicocele del lado correspondiente; cuya demostración, al decir del profesor Guyon, no carecería de importancia para el diagnóstico de la afección renal. El autor citado refiere seis casos de esta naturaleza, observados por él, en el último de los cuales, supuso la existencia de un tumor del riñón, por la presencia de las varices del cordón. En vista de esto, dice el mismo cirujano, no sería del todo ocioso hacer la exploración del abdomen, en los varicosos espermáticos.

La varicocele desarrollada en las condiciones que acabamos de especificar es sintomática.

En la estación vertical, la circulación devuelta se hace en circunstancias muy desfavorables, en todas las venas de trayecto ascendente, y particularmente en

las del cordón; lo que explican los detalles anatómicos arriba señalados. En efecto, en esa región, el único agente motor de la sangre negra es la *vis a tergo*, poco enérgica, en virtud de la lejanía del corazón: nula é insignificante es la influencia de la aspiración torácica, útil adyuvante de la bomba cardiaca en las venas vecinas del tórax; por último, no existen planos musculares cuyas contracciones vengan á facilitar la progresión de la onda sanguínea. Hay, por el contrario, una fuerza que tiende sin cesar á inmovilizar la masa líquida y á hacerla retroceder hacia la periferia, es la gravedad. De la acción constante de esta fuerza, resulta que todo el peso de la columna de sangre que del testículo se extiende hasta la segunda vértebra lombar, se transforma en presión excéntrica al nivel de las venas del cordón y solicita su dilatación.

Por consiguiente, las profesiones que exigen mantenerse de pie, durante largo tiempo, producen la flebectasia en los individuos débiles, cuyas venas suelen carecer de válvulas, según Perier. Tal es el origen de la varicocele en los carpinteros, en los cocineros, herreros, lacayos, soldados, etc. Gaujot cree que en los soldados es el esfuerzo que necesita el ejercicio del fusil, lo que desempeña preponderante papel. Charcot, sin desconocer la influencia de las causas que acabamos de apuntar, admite que la constricción del vientre por las distintas piezas del equipo militar no es extraña á la patogenia de la varicocele en estos individuos.

Enseña la Fisiología, que la causa del movimiento circulatorio de la sangre reside en las desigualdades

de la presión á que se encuentra sujeto el líquido, en los varios segmentos del aparato cardio-vascular, corriendo la sangre en el sentido de la menor presión. Si en un segmento supuesto del arbol circulatorio, la presión de la sangre iguala á la del que está inmediatamente atrás,—con relación á la dirección en que se propaga la onda,—la masa líquida se imovilizará en este último; y si la presión del primero supera á la del segundo, se producirá una corriente en sentido contrario si no hay obstáculo que impida el retroceso.

Aplicando estas nociones á la circulación venosa del cordón, deducimos la influencia que sobre ella ejercen las variaciones de presión en las venas intra-abdominales. Esta influencia se manifiesta principalmente en el momento del esfuerzo. Durante este acto, la tensión de la sangre en las venas intra-abdominales, crece notablemente y se opone á la penetración de la onda fluida, que viene del exterior, bajo una presión normal.

Impulsada sin cesar por las contracciones del corazón y en la imposibilidad de franquear el anillo inguinal, la columna líquida se detiene en su marcha, aumenta su tensión y tiende á ensanchar los vasos que la contienen, lo que se efectuará con seguridad si las paredes de éstos no resisten eficazmente ó si los tejidos vecinos no les prestan su apoyo. En los individuos de buena constitución muscular la contracción del cremáster, sinérgica con la de los músculos de la pared abdominal anterior, y felizmente secundada por el funcionamiento de las válvulas venosas no sólo previene la estancación sanguínea en el cordón, en el momento

del esfuerzo, sino que comprimiendo por todos lados el paquete venoso, exprime la sangre, por decirlo, y la expulsa hacia el centro circulatorio haciendo difícil su retroceso hacia la periferia la presencia de los pliegues valvulares que obstruyen el paso. Pero si el cremáster es poco enérgico, ó si las válvulas faltan ó son insuficientes, todo lo cual es común observar en los individuos débiles del sistema muscular poco desarrollado, como lo prueban las disecciones de Perier, en tales circunstancias, la estancación sanguínea es inminente y se producirá con tanta mayor facilidad, cuanto que la imperfección de las válvulas hará posible el reflejo de la sangre del abdomen hacia el cordón, cuyas venas tendrán que dilatarse para alojar el excedente.

Tal es la patogenia de la varicocele en los individuos que se dedican á todas aquellas profesiones ó ejercicios que necesitan esfuerzos violentos y repetidos: cargadores, herreros, maestros de esgrima, ginetes, bailarines, etc.

El engurgitamiento de las venas del cordón puede ser producido por un gran aflujo de sangre permaneciendo el escurrimiento invariable.

Este sería, según los autores, el mecanismo de la varicocele consecutiva á los traumatismos del testículo, particularmente á las contusiones. Se ha observado que cuando la afección varicosa reconoce esta causa, su desarrollo es rápido. Curling vió aparecer una gran varicocele, un mes despnés de una contusión de la glándula espermática.

Los procesos flegmásicos agudos del teste y órganos vecinos han sido invocados para explicar el desarrollo de la varicocele. Ledouble opina que lo contrario es más aceptable; es decir, que las varices espermáticas predisponen á las inflamaciones testiculares y epididimarias. Se comprende que una orquitis ó epididimitis nacida en estas circunstancias haciendo que se descubra una varicocele, que había pasado hasta entonces desapercibida, puede ser considerada como causa de la flebectasia mientras lo contrario es lo cierto.

Calissen atribuye á la congestión que acompaña al orgasmo venéreo un papel importante en la patogenia de la varicocele. Pero en tanto que el autor citado ve en la replesión de las venas una causa mecánica que hace ceder sus paredes cuando su acción se repite, Petit interpreta de distinto modo la influencia de los abusos sexuales y del vicio solitario.

Durante las excitaciones genitales, permanecen contraídos el dartos y el cremáster; y se comprende que si aquellas son muy frecuentes, los músculos mencionados, sometidos á un trabajo excesivo, concluirán por fatigarse. Su inercia funcional, privando á las venas espermáticas de su sostén natural y disminuyendo así la resistencia periférica, favorece la estancación sanguínea, principalmente en el momento de las espiraciones fuertes y prolongadas, con oclusión de la glotis. (Esfuerzos, accesos de tos, etc.)

La relajación del escroto, producida por la acción de las temperaturas elevadas, interviene en la formación de las varices espermáticas, por un mecanismo semejan-

te al que acabamos de estudiar. Así, no reconocería otro origen la varicocele de los individuos que habitan los climas cálidos y la de los que se exponen al calor radiante de los focos industriales.

Petit da la siguiente explicación de la flebectasia de los países calientes: el alargamiento constante del escroto deja al testículo abandonado á su propio peso, lo que determina el estiramiento de las venas espermáticas y el aplastamiento de sus paredes en el punto de reflexión sobre el pubis. De aquí una doble consecuencia: aumento de altura de la columna líquida que representa el contenido de las venas del cordón, y por lo tanto, aumento de la presión hidrostática en la parte más baja de aquellos vasos; y además obstáculo opuesto á la circulación venosa por la reducción del calibre de las venas en su punto de apoyo sobre el hueso.

Vemos, pues, por todo lo antes expuesto, que la teoría mecánica considera los trastornos locales de la circulación venosa del cordón, como causa suficiente de varicocele, y entiende la evolución de la varice de la manera siguiente: El aumento de presión intravenosa producido por una cantidad superabundante de sangre, vence la resistencia de las túnicas vasculares y el canal se dilata. Agotada la elasticidad de las paredes venosas, la ectasia persiste; y bajo la influencia de la hiperhemia pasiva constante, se verifica un trabajo flegmásico en las venas, una verdadera flebitis crónica, característica de la varice perfecta según Cornil.

Pero siendo elevado el número de individuos que por su profesión, ejercicios á que se dedican, costumbres,

etc., se someten diariamente á las influencias que según la teoría mecánica son productoras de la varicocele y no desarrollándose la afección en todos ellos, sino sólo en un grupo relativamente insignificante, se supone que, algo más que simples trastornos hidráulicos, debía de existir en las venas, que explicara la aparición de las varices.

Desde entonces, se consideró la varicocele y las varices en general, como el producto de dos factores igualmente necesarios: una predisposición localizada en el sistema venoso y una causa determinante de orden mecánico.

Esa predisposición estaría anatómicamente caracterizada por una estructura defectuosa de las venas que anormalmente débiles no podrían sin dilatarse, recibir el contínuo empuje de la onda sanguínea. Así preparado el terreno, la hipertensión venosa producida por una cualquiera de las causas señaladas antes, á propósito de la teoría mecánica, daría origen al proceso varicoso, desempeñando el papel de causa determinante.

¿Cuál es el origen de esa predisposición? Para Verneuil, es el herpetismo; para Moreau, el artritismo. Este último autor en una estadística que comprende 118 enfermos varicosos, consigna 91 con antecedentes francamente artríticos.

Manifestaciones de ambas diatésis, artritismo y herpetismo es común encontrar en los individuos varicosos, sea cual fuere el sitio regional de la flebectasía. (Schwartz).

El estudio anatomo-patológico de las varices revela alteraciones histológicas semejantes á las de las arterias en la arterio-esclerosis. Esto ha conducido á los autores, principalmente á Duplay y á Quenu, á considerar ambas enfermedades como una localización diferente de una sola entidad nosológica, la *angio-esclerósis.*

Esta fusión estaría justificada por la subordinación de los dos padecimientos á una misma causa: perturbación trófica general engendrada por una alteración de la sangre por una discracia (artritismo, herpetismo). «La perversión de los actos nutritivos daría nacimiento á productos irritantes, cuya eliminación imperfecta permitiría su acumulación en la sangre y la acción nociva sobre los vasos.»

El origen diatésico de la predisposición que preside al desarrollo de la varicocele, da cuenta de la importancia que se ha atribuido á la herencia en la aparición de las varices.

Se sabe que las diatésis son estados constitucionales esencialmente hereditarios.

Landouzy no admite que la varicocele sea el efecto de una predisposición localizada en el sistema venoso. Funda su acerto en este hecho de observación: la circunscripción ordinaria de la flebectasía á un departamento venoso limitado; si el proceso varicoso dependiera de una predisposición generalizada á todos los vasos de sangre negra, dice el autor mencionado, nada más común que ver coexistir en un mismo individuo, varicocele, varices de los miembros inferiores, hemorroides,

etc.; por el contrario, tal difusión del padecimiento es rara, 1 por 17.

Aparte de que las varices suelen invadir simultáneamente varias regiones del cuerpo más á menudo de lo que cree Landouzy, su aparición y aislamiento en tal ó cual territorio de la economía, está siempre regido por influencias locales variables, en cuanto á su sitio, con los individuos, la edad, la profesión, las costumbres, etc. Supuesta la predisposición á las varices, éstas se desarrollan en aquellas venas más frecuentemente solicitadas por la causa determinante: las hiperhemias pasivas.

Hay autores que señalan á las acciones nerviosas el primer lugar en la patogenia de la varicocele; pero su influencia no es interpretada de la misma manera por todos los adeptos á la teoría, y mientras Laucereaux ve en las varices el resultado de una perturbación de la inervación trófica, Rienzi las considera como dependientes de una parálisis de los vasos-constrictores, en tanto que Leonardi cree que la dilatación simple de las venas, primera etapa del proceso varicoso, es el punto final de un reflejo partido de los mismos vasos ó de los órganos vecinos.

Las varices de los pelagrosos de la Alta Italia, dependerían, según Rienzi, de la parálisis de los nervios vaso-motores producida por la acción tóxica de los alcaloides del maíz fermentado.

Conforme á la teoría, las flebectasías que suelen aparecer en los neuropatas (epilépticos, coreicos, histéri-

cos, etc.), reconocerían por origen la perverción de las funciones nerviosas.

En resumen, ¿cuál es la causa más eficaz de la varicocele? La patogenia es compleja; pero es innegable que en los individuos varicosos espermáticos existe una predispocisión adquirida ó hereditaria del sistema venoso, que es despertada por influencias que obran localmente: causas mecánicas.

En la historia de la varicocele hay un punto importante que no podríamos pasar por alto: es el siguiente:

¿Por qué la varicocele es infinitamente más frecuente en el cordón espermático izquierdo que en el derecho?

Las varias teorías que se han imaginado para resolver el problema, fúndanse en las condiciones diferentes en que se haría la circulación en ambas venas espermáticas, en razón de su asimetría anatómica.

Prunaire habla de la longitud y diámetro mayores de las venas izquierdas; por lo cual la presión hidrostática soportada por ellas, sería más considerable que la de las derechas, dada la mayor altura y espesor de la columna líquida en las primeras. Pero las disecciones cadavéricas del Profesor Sappey, demuestran que tanto unos vasos como otros, son sensiblemente del mismo calibre, y en longitud, apenas sí en algunos casos se encuentra una diferencia de uno á dos centímetros, con provecho de los izquierdos.

Para Brinton, la falta de válvula en la desembocadura de la vena espermática izquierda, es la verdadera razón de esa elección singular de la flebectasía. Baretli y Poirier consideran como anomalía rarísima esta

disposición anatómica, conclusión que niega el autor americano, fundándose en un hecho de analogía: En la mujer, la vena ovárica izquierda, que como la espermática, su homómina, termina en la renal, carece de válvula en su punto de terminación, mientras que la derecha, como la espermática correspondiente, está provista de repliegue valvular al unirse con la cava.

Morgagni y Cooper llaman la atención sobre la manera como se terminan las dos venas espermáticas: en tanto que la derecha vierte su contenido en la misma dirección en que corre la sangre en la cava, lo que favorece la deplección de la afluente, la izquierda lo hace perpendicularmente á la corriente de la renal, uniéndose con ella en ángulo recto. Pero dice Helot: ¿por qué las dos venas emulgentes, que desembocan perpendicularmente á la cava, no se hacen varicosas?

La influencia atribuida á la compresión del cordón izquierdo por el teste derecho, durante la marcha, es muy dudosa.

Se ha hecho valer la relación de la vena espermática izquierda con la S. iliaca, la cual, cuando está repleta de materias fecales endurecidas que tardan en evacuarse, lo que sucede en los individuos habitualmente constipados, comprimía la vena sobre el plano resistente que ofrece el esqueleto, dificultando así el paso de la sangre.

Sandouzy no admite esta teoría. Se funda para negarla no sólo en sus observaciones personales, que le han revelado la rareza de la coincidencia de la varicocele con la constipación, sino también en los hechos

siguientes: 1º La constipación es frecuente en los ancianos y precisamente la varicocele en éstos es muy rara; 2º Cuando un individuo lleva varices del cordón izquierdo y es constipado al mismo tiempo, los sufrimientos y molestias que le provoca la afección venosa, desaparecen por completo durante el reposo en el decúbito dorsal. Ahora, si la teoría enunciada fuera exacta, debía suceder todo lo contrario: es decir, el mal se agravaría, puesto que en el decúbito supino, la S. iliaca, descansando todo su peso sobre la vena vecina, dificultaría aun más su deplección.

Por otra parte, Blandin refiere que en el cadáver de un individuo afectado de varicocele izquierda y de constipación, encontró varicosa la vena espermática más allá de la S. iliaca.

Petit admite la influencia etiológica de la constipación, pero sólo á título de causa indirecta; por los esfuerzos reiterados que en tales condiciones exige la defecación. Explica el desarrollo de una varicocele, mas no su localización.

No sólo á la anatomía normal se ha interrogado para dilucidar la cuestión, que venimos estudiando, sino también á la Fisiología.

Gaujot emite esta teoría: En los ejercicios corporales que necitan á la vez que un gran desplegamiento de fuerza, libertad en los movimientos de los miembros derechos, el costado izquierdo del cuerpo se inmoviliza por la contracción de los músculos del mismo lado inclusive los abdominales. La repetición sucesiva y frecuentemente multiplicada de esta serie de con-

tracciones, determinaría la estasis sanguínea en todas las venas y principalmente en las del cordón izquierdo.

Es, pues, según aquel autor, menos la intensidad del esfuerzo cuanto la acumulación de sus efectos lo que origina una hiperhemia pasiva más considerable del lado donde las contracciones son más frecuentes.

Segond acepta las ideas de Goujot y las considera como la razón más plausible de la extraordinaria frecuencia de la varicocele izquierda.

Sin pretender discutir la teoría del cirujano francés, pues para ello no me ayudan ni mi escasa inteligencia, ni mis exiguos conocimientos, sobre la materia, confesaré que no me explico cómo la contracción de los músculos abdominales, pueda influenciar la circulación venosa de un solo cordón. Aun cuando los músculos de la mitad izquierda de la pared ventral anterior se contrajeran aisladamente, no por eso las perturbaciones de la circulación venosa, serían más seguras en el cordón izquierdo que en el derecho, puesto que está demostrado que el anillo inguinal no es contractil, como lo pretendió Sistách.

A propósito de la cuestión de que nos hemos ocupado, creemos oportuno señalar el hecho siguiente, observado en el Hospital Militar: Se refiere á un soldado muerto de neumonía, portador de una varicocele izquierda. La disección hizo descubrir una anomalía anatómica: faltaba el cremáster del lado correspondiente á la afección varicosa. ¿Habría en esto relación de causa á efecto . . . . ?

Siendo los músculos del lado izquierdo del cuerpo, ordinariamente menos potentes que los del derecho, ¿hasta qué punto sería racional explicar la gran frecuencia de la varicocele izquierda por la contractilidad insuficiente de la túnica eritroide respectiva? El mayor descenso del testículo izquierdo y la localización común de las varices espermáticas en el mismo lado; ¿no obedecerían á idéntica causa; cuál sería la poca energía funcional del dartos y cremáster izquierdos, relativamente á sus congéneres?



Perier describe en el cordón espermático tres grupos de venas: uno anterior que rodea á la arteria espermática, uno medio que se apoya en el canal deferente, y el tercero posterior, formado por dos ó tres venas que parten de la cola del epididimo.

Según los autores clásicos, cuando la varicocele es parcial, son las venas del haz anterior las generalmente interesadas, y lo son siempre en más alto grado si la afección es total.

Horteloup participa de la opinión contraria: á su modo de ver, la flebectasía empieza constantemente por el grupo posterior; puede quedar allí limitada, y si invade posteriormente todo el sistema venoso del cordón, los vasos primeramente afectados son los que presen–

tan más profundas alteraciones. Cita 11 casos, sobre 17 que confirman su aserción.

No carece enteramente de importancia averiguar la verdad á ese respecto, puesto que de tal conocimiento se deduce la línea de conducta que el cirujano debe seguir al instituir el tratamiento.

Los autores que he consultado con el objeto de fijar mis ideas sobre el particular, aceptan como exacta la primera opinión y califican de exajerada la que sostiene Horteloup.

Desde los trabajos de Briquet sobre la anatomía patológica de las varices se admiten tres grados en el proceso varicoso:

En el primero, sólo se descubre una dilatación uniforme de las venas con adelgazamiento y sin alteración histológica de sus paredes (varices cilindoides). En este período no hay todavía varice propiamente dicha, y sí, únicamente, ectasia simple de los vasos, que pueden recuperar su calibre normal, si cesa de obrar la causa que solicitó su ensanchamiento, y si no está perdida la retractilidad de sus túnicas.

Jollín asentaba que la varicocele podía retroceder en este grado inicial y borrarse por completo. Lo antes dicho da la explicación: el autor confundía la verdadera varicocele con lo que se ha llamado *varicoide*, dilatación simple de las venas espermáticas.

Este primer grado es de mayor duración en las varices del cordón, que en las de los miembros.

El segundo está caracterizado por el alargamiento de las venas y por un aumento uniforme del espesor

de sus paredes. Lo primero se traduce por las flexuosidades múltiples que describen los vasos (*varices* serpentinas) que no pueden crecer en longitud sin replegarse, dado el reducido espacio que las contiene. Cuando las varices son numerosas, forman por su conjunto una pirámide triangular de base inferior y cuyo vértice va á perderse en el canal inguinal. En este período las venas son gruesas y duras y al dividirlas, su luz queda abierta cual si fueran arterias.

En el tercer grado, obsérvanse las venas irregularmente ensanchadas, lo que proviene del desigual espesor de sus paredes que han cedido en los puntos más adelgazados. De esto resultan dilataciones ampulares, fusiformes, especie de bolsas aneusismáticas dentro de las cuales suelen formarse concreciones de sulfato de cal ó de magnesia.(Flebolitos).

El proceso varicoso no se limita en los troncos venosos principales, sino que se extiende á las venillas y á los vasa--vasorum, que dilatados serpentean bajo la túnica adventicia de los gruesos vasos, se aproximan á su cavidad y algunas veces se ponen en comunicación con ella. Los vasa--vasorum no son respetados y sus alteraciones pueden ser el punto de partida de una neuritis intersticial.

Las investigaciones micrográficas de Cornil sobre las alteraciones histológicas de las venas varicosas, demuestran que la lesión principal consiste en una multiplicación exagerada de los elementos conjuntivos de las capas más internas de la túnica media, cuyo espesor llega á ser diez veces mayor que en el estado nor-

mal. Las fibras lisas encuéntranse más voluminosas, y sus hacecillos son separados por los productos de nueva formación. Hay una verdadera meso-flebitis crónica.

Para Epstein el trabajo de esclerosis empieza, no por la túnica media, sino por la interna; se trataría, pues, de una endo-flebitis y no meso-flebitis. Al decir del autor alemán, Cornil tomó por túnica interna lo que no es más que la capa más interna de la membrana media.

Sea lo que fuere, lo que caracteriza anatomo-patológicamente la varice perfecta es una flebo-esclerosis que, invadiendo primitivamente la túnica interna ó media, se extiende ulteriormente á las otras dos. En el último grado, las tres capas no constituyen más que una sola, formada únicamente por tejido conjuntivo.

En ciertos casos, especialmente cuando la varicocele es voluminosa y antigua, los tejidos peri-venosos participan de la inflamación crónica; la trama celulosa ambiente se transforma en una masa losdácea, dura, canalizada en diversos sentidos por las venas dilatadas. Al corte, el tumor presenta un aspecto cavernoso.

La existencia de líquido seroso en la cavidad vaginal parece ser rara en la varicocele ordinaria, frecuente por el contrario, en la que tiene por sitio la cola del epidídimo.

Esta variedad, señalada por Doumenge en los ancianos, se reviste de una fisonomía particular. El paquete varicoso es siempre pequeño, duro, fijo íntimamente al epidídimo; su color es gris ó azulado, según la abundancia de vasos, los cuales nunca adquieren el grado

de dilatación que en las varices de otras regiones. En su nivel, la albugínea se adhiere al testículo por medio de numerosas venitas que de la cara profunda de aquella membrana penetran en la substancia glandular. La cabeza del epidídimo se sumerge, libre de varices, en la serosidad que frecuentemente baña la túnica vaginal.

¿Cuál es el estado del testículo? Si en la generalidad de los casos este importante órgano del aparato genésico no sufre alteraciones apreciables, otras veces la glándula se reciente de su irrigación viciosa. La consecuencia de la hiperhemia pasiva es una desviación de los cambios nutritivos del tejido parenquimatoso, cuyos elementos disminuyen de número, siendo reemplazados por una trama conjuntiva de nueva formación. Igual fenómeno se observa en la glándula hepática cuando una lesión valvular del corazón desequilibra su circulación: tal es la comparación que hace P. Sagond de la atrofia testicular consecutiva á la varicocele, con la cirrósis del hígado dependiente de una afección cardiaca.

El testículo atrofiado es siempre pequeño, generalmente de una consistencia blanda, más raro es que dé una sensación de dureza. La superficie del corte presenta una abundancia relativa del tejido intersticial y la pobreza de los elementos seminíferos.

Mas esta atrofia nunca es completa, y el teste vuelve á su estado normal cuando sus condiciones de nutrición se modifican convenientemente por una intervención terapéutica oportuna y adecuada. Son muy

numerosas las observaciones que confirman el hecho enunciado. Para no citar más que las de un solo autor, diremos que Will refiere 100 casos en que el teste se modificó notablemente poco tiempo después de la operación.

No se han fijado aún las condiciones en que el testículo se atrofie. Pudiera pensarse *á priori* que la glándula se alteraría más seguramente cuando la varicocele fuera voluminosa y antigua que cuando reciente y de modestas dimensiones. Mas no es así, la atrofia aparece independientemente del grado de desarrollo de la flebectasía y sin ser la proporcional.

Según Monod el teste se atrofia cuando la varicocele empieza su evolución antes de que aquel órgano esté completamente desarrollado.

Will cree que sufre el testículo en su nutrición cuando la varicocele es de origen traumático.

Faltan observaciones que comprueben el sentir de estos cirujanos.

*
* *

La varicocele puede pasar enteramente desapercibida por muchos años y aun no provocar nunca en el que la lleva la más ligera molestia. Esto hizo decir á J. Paget que «los casos en que la varicocele es más que una cosa insignificante, son raros.» Astley Copper,

sin duda por idéntica razón, se expresa en estos términos: «La varicocele apenas merece el nombre de enfermedad, porque ordinariamente, no da lugar á ningún dolor, ningún inconveniente, ninguna pertubación del poder viril.»

Es cierto que hay varicoceles que no se revelan por sí mismas y que preciso es que se las busque para descubrirlas; pero al lado de estas formas insidiosas existen otras que tarde ó temprano se manifiestan de una manera bien clara.

Los elementos de que se dispone para el diagnóstico son de dos géneros: perturbaciones funcionales y signos físicos.

Son las modificaciones de la sensibilidad lo que primero llama la atención de los enfermos. Mas bien que verdadero dolor, hay al principio una vaga sensación de malestar local de pesadez en las bolsas y de estiramiento en el trayecto del cordón espermático. Estas molestias desaparecen por el reposo para volver con motivo de una fatiga corporal ó de una permanencia prolongada de pie.

Más tarde, un dolor real substituye al malestar insignificante y tolerable de los primeros días; tiene su sitio en el escroto, con irradiaciones hacia la región lombar, al perineo, al ano, á los muslos. Esta sensación dolorosa no es contínua, exacérbanla todas aquellas causas que determinan el engurgitamiento del plexus venoso del cordón: marchas forzadas, bailes, equitación, etc.; por el contrario, atenúanla la acción

del frío, el reposo, en una palabra, todo aquello que disminuye el aflujo sanguíneo.

La intensidad del dolor es muy variable y no está en proporción ni con el volumen ni con la edad de la varicocele y sí probablemente con la susceptibilidad de cada individuo. En efecto, hay casos en que la afección es enteramente indolora no obstante sus grandes proporciones; otras veces, en cambio, es muy pequeño el tumor varicoso y sin embargo, agudísimo el dolor que despierta.

En algunas ocasiones, raras por fortuna, el síntoma dolor es de tal modo violento, que constituye para el paciente un verdadero suplicio. En estas circunstancias no se logra mitigar el sufrimiento ni por el reposo ni por la elevación de las bolsas; ya no es necesario el aflujo sanguíneo para que el mal se acentúe, basta el más ligero roce de la piel del escroto para que el enfermo experimente la misma sensación que le produciría el contacto de hierro candente. En esta situación las ideas de suicidio suelen obsecar al varicoso espermático que, desesperado, reclama vivamente una operación que ponga fin á sus sufrimientos: la castración si es necesario.

Key y Brodie han hecho la amputación del testículo en casos de esta naturaleza.

En algunos enfermos el dolor se calma por el acto del coito; pero el beneficio es sólo efímero, la sensación dolorosa no tarda en reaparecer más intensa que antes. Esa influencia sedativa de la cópula sexual se explica por la aceleración que imprime á la circulación venosa

la contracción del cremáster durante la excitación genital.

La varicocele es capaz de determinar á distancia manifestaciones dolorosas. Así lo prueba el caso de Jacoud, referente á un varicoso espermático que era presa de un acceso gastrálgico cada vez que se reducían sus varices. El autor francés explica este hecho curioso suponiendo que la sangre expulsada del tumor varicoso iba á aumentar el volumen de las venas espermáticas que comprimían el simpático y el plexus sóleo.

Respecto á la patogenia del dolor en la varicocele, nada cierto se sabe aún; en vista de la propagación frecuente del proceso varicoso á los vasa-nervorum algunos autores lo atribuyen á una neuritis engendrada por la hiperhemia misma del cordón nervioso.

Una de las perturbaciones funcionales más graves á que da lugar la varicocele y que repercute de una manera desastrosa sobre el estado moral del individuo, es la impotencia. Accidente de escasa frecuencia, se relaciona á la atrofia del testículo supuesta la liga estrecha que existe entre la actividad genital y el estado de la glándula espermática, por más que tiendan á demostrar lo contrario ciertos hechos excepcionales de conservación de las funciones genésicas después de la castración bilateral (eunucos).

Una circunstancia que hace creer que tal relación no es ilusoria, es que la potencia viril vuelve luego que una intervención terapéutica ha modificado favorablemente la nutrición del teste.

Los desequilibrios en la esfera psíquica no son raros en los varicosos espermáticos. Suele observarse en éstos una depresión profunda del espíritu; hay apatía pereza en las facultades intelectuales y morales, ni en sus concepciones, ni en sus actos se revela virilidad ni energía; son ordinariamente tristes, taciturnos, amantes de la soledad. El suicidio representa en algunos casos el último eslabón de esta cadena de sufrimientos.

Es cuerdo referir estas perturbaciones mentales á los trastornos del aparato genital. El hombre que en el apogeo de su juventud siente declinar el vigor de su sexo, no puede menos de conmoverse en lo más íntimo de su moral. Mas no son siempre los padecimientos materiales que su varicocele le impone de los que se deriva ese rudo ataque á las facultades superiores; no es el conocimiento de la impotencia sexual y la contemplación de su enfermedad, la causa forzosa de un estado hipocondriaco; en algunos casos raros, es cierto, el espíritu sufre en la completa ignorancia de un mal físico. Así lo aegura Vidal (de Cassis) al referir la historia de dos enfermos que cambiaron enteramente de carácter después de la curación radical de una varicocele cuya existencia ellos siquiera no habían sospechado.

Los signos físicos de la varicocele se obtienen por la inspección y la palpación. Para hacerlos más apreciables es conveniente examinar al enfermo en la posición vertical.

Si la flebectasía es unilateral, hay un contraste notable entre ambas mitades del escroto. Obsérvase del lado enfermo un abultamiento que se extiende de la

raíz al punto más bajo de la envoltura testicular cuando el paquete varicoso es de gran tamaño. La piel de las bolsas es gruesa, pigmentada, humeda á consecuencia de una exageración de la secreción sudoral provocada probablemente por una modificación de la circulación capilar; los pelos son escasos é hipertrofiados. Las erupciones eczematosas no son raras.

Las dimensiones del escroto varían con las del tumor varicoso. Se le ha visto descender hasta medio muslo.

Cuando la varicocele llena el escroto, se dibujan al través de la piel las flexuosidades de las venas profundas y en la superficie, las venillas dilatadas serpentean en todas direcciones. El tumor formado por el haz de varices muy notable cuando el enfermo está de pie, desaparece en el decúbito horizontal: Si en esta posición se invita al enfermo á que haga un esfuerzo prolongado, se ve cómo el tumor se reconstituye para borrarse luego que cesa la contracción de los músculos abdominales.

Por la palpación se percibe debajo de las cubiertas testiculares una masa blanda, pastosa, de superficie irregular, como formada por una multitud de cordones suaves entrelazados. Se obtiene la misma sensación que daría un paquete de lombrices ó de intestinos de pollo según la comparación clásica.

Comprimiendo entre los dedos el tumor, se reduce de volumen sin oponer resistencia; si entonces se suspende la compresión, pero sin perder el contacto de los dedos con los vasos que se han vaciado, se siente con toda claridad la onda sanguínea que vuelve á llenarlos.

La reducción no es completa en aquellas varicoceles en que la atmósfera celulosa perivascular está endurecida por la inflamación crónica. Se advierte en tales casos, que después de expulsar por la compresión la parte líquida, queda otra dura y remitente que no cede y que en ciertos puntos da la sensación de cuerpos ásperos, como piedrecitas, estos son los flebolitos que ocupan las dilataciones sacciformes.

Mediante una exploración cuidadosa se determinará si la varicocele es total ó parcial, y en esta última suposición, cuál de los grupos venosos del cordón es el afectado, dato que no carece de importancia para instituir el tratamiento.

Si la varicocele es parcial se pueden aislar los vasos varicosos, que por su reunión forman una pequeña pirámide cuya base corresponde al borde superior del testículo. Cuando todas las venas del cordón están comprendidas en el proceso varicoso, y su alargamiento y dilatación son considerables, se enlazan unas con otras, envuelven la glándula por todas partes y descendiendo debajo de ella se agrupan en forma de cono de vértice inferior.

El estado del teste es variable; en los casos comunes, el órgano se presenta con sus caractéres de consistencia y volumen normales; pero otras veces, principalmente cuando la varicocele es de gran tamaño, la glándula se encuentra pequeña, blanda, poco dolorosa; signos no equívocos de un principio de atrofia. Excepcionalmente se la ha visto del volumen de una almen-

dra y reducida á la túnica albugínea con algunos islotes de substancia seminífera.

Con la varicocele coexisten en ciertos individuos varices de otras regiones del cuerpo especialmente del miembro abdominal y del recto.

La varicocele de la cola del epidídimo es verdaderamente rara. Sus síntomas son muy obscuros: un tumorcito duro, indolente expontáneamente y á la presión, de superficie desigual y circunscripto al órgano señalado al cual se adhiere íntimamente, tales son los únicos fenómenos que revelan su existencia. Ya se comprende la dificultad de su diagnóstico que no podría hacerse sino por exclusión.



El diagnóstico de la varicocele es fácil. Los signos que suministra el examen físico de la región enferma, y particularmente los que la palpación proporciona, pueden considerarse como característicos. Un tumor situado dentro del escroto, que desaparece expontáneamente por la posición horizontal, para volver á mostrarse cuando el enfermo se coloca de pie, que da la sensación de un paquete de lombrices ó de intestinos de pollo; blando, pastoso, reductible por la presión y que reducido se rehace á pesar de que se obstruya la entrada del canal inguinal, tal afección, no puede ser otra cosa que una varicocele.

Algunos autores dicen que la confusión no es posible más que con una hernia inguinal. El siguiente artificio, ideado por Curling, permite hacer la diferenciación:

Si colocando al paciente en el decúbito supino y previa reducción del tumor se apoya ligeramente la pulpa del pulgar sobre el anillo inguinal mientras los otros dedos de la misma mano se aplican en el sitio que el tumor ocupara antes de su reducción y en este momento se invita al enfermo á que haga un esfuerzo, se observará que el tumor, se reproduce de abajo hacia arriba y no en sentido contrario como lo haría una hernia.

Mayores dificultades presenta el diagnóstico etiológico; es decir, determinar si la afección es idiopática ó sintomática, para lo cual un interrogatorio bien dirigido y un examen detallado de las regiones vecinas y órganos contiguos al cordón espermático, anillo y canal inguinales, fosas iliacas, ganglios, etc., podrán proporcionar datos suficientes que nos conduzcan á la adquisición de la verdad.

No debe pasarse por alto la exploración del vientre, conduciéndola especialmente hacia el riñón, supuesta la importancia de la varicocele en la semeiología de los tumores renales.

La marcha de las varices espermáticas es ordinariamente muy lenta. Según el tiempo que emplean en desarrollarse se les ha clasificado en tres grupos:

Al primero corresponde la varicocele de evolución rápida; observada principalmente en los soldados jóvenes. En estos casos, cuatro ó cinco meses son suficientes para que la afección quede perfectamente constituida. La atrofia del teste sería precoz en estas condiciones, si atendemos á la opinión de Gaujot.

En el segundo queda comprendida la varicocele de marcha lenta durante los períodos iniciales de su desarrollo; pero que, posteriormente, de un momento á otro y con motivo de un ejercicio forzado, de un traumatismo del escroto, su crecimiento se acelera y adquiere grandes proporciones.

Por último, en el tercero se señalan aquellos casos en que las varices se forman muy lentamente, su evolución emplea muchos años y el paciente vive en la ignoracia de su afección venosa.

Se ha descrito una varicocele *aguda* caracterizada por su desarrollo rápido y por su aparición brusca, casi instantánea. En los casos referidos por Curling, la flebectasía se manifestó después de un wals prolongado de un acceso de tos ferina. Al decir de Landouzy, los hechos que han dado origen á la formación de esta *variedad* de varicocele, implican un error de observación. Sin duda la enfermedad existía anteriormente y había pasado desapercibida hasta el momento en que un accidente fortuito ha hecho descubrirla.

He tenido oportunidad de observar un caso de esta naturaleza en un joven de diecisiete años de edad, quien atribuía su varicocele (izquierda) á una violenta exci-

tación sexual experimentada ocho días antes de aquel en que le examiné.

*
* *

La varicocele, por su marcha ordinariamente lenta, poca intensidad de las perturbaciones funcionales que provoca y por la diminución posible de las molestias con los progresos de la edad, debe considerársele como una afección generalmente benigna. Sin embargo, hay circunstancias que le imprimen cierto carácter de gravedad.

Tales son los intensos dolores que suelen acompañarla, la atrofia del testículo, la impotencia y los trastornos mentales.

La neuralgía testicular constituye la más terrible complicación de la varicocele; bajo su influencia el enfermo, desesperado y fuera de sí, no vacila en atentar contra su vida, que hace tan pesada el sufrimiento físico.

La atrofia del teste, aunque no es completa, conforme hemos dicho anteriormente, es siempre un accidente serio, tanto por los desórdenes que produce en la función genésica como por su repercución sobre las facultades psíquicas.

*
* *

El tratamiento de la varicocele se divide en paliativo y curativo.

El primero tiene por objeto detener en lo posible el desarrollo de la afección, oponiéndose á las causas que la favorecen, y disminuir las molestias que le son inherentes.

Esta doble indicación puede satisfacerse por cuidados higiénicos y medios ortopédicos.

Las varicosas espermáticas deberán evitar los ejercicios corporales violentos, las marchas largas, la estación vertical prolongada, la equitación, el baile, en una palabra, todas las causas que determinan la hiperhemia pasiva del teste y del cordón. Se les recomendarán las abluciones frías ó astringentes que tonifiquen los tejidos del escroto y estimulen los elementos musculares de la región.

Entre los medios ortopédicos, el más sencillo y eficaz es el suspensorio, que suple la tonicidad insuficiente de las paredes venosas y de las envolturas testiculares. Debe preferírsele de seda y de amplias mallas para impedir el calentamiento de las bolsas, causa de congestión.

Ch. Bell recomienda la compresión sobre el anillo inguinal por medio de bragueros especiales; asegura haber obtenido muy buenos éxitos. Difícilmente se comprende cómo la compresión de las venas espermáticas pueda oponerse á su engurgitamiento sin perjudicar la circulación arterial del testículo, y, por lo tanto, la nutrición de este órgano.

No haré más que citar ciertos artificios de ortopedia aplicados con el fin de estrechar la capacidad del escroto, y que son de un valor muy inferior al del sus-

pensorio; tales son, el anillo de Wormald, la liga de Hervez de Chegoin, el anillo de Richard, etc.

Los cirujanos de la antigüedad ya comprendían que suprimir anatómica ó fisiológicamente el paquete varicoso es *conditio sine qua non* de la curación radical de la varicocele.

Son muy numerosos los medios que se han empleado para alcanzar este fin; pero todos, por distintos caminos, conducen al mismo objeto: aislar de la circulación un grupo de venas cuyos defectos hidráulicos y cambios de estructura son el origen de accidentes que se trata de remediar. No era otro el ideal que perseguían Davat y Maissonneuve coagulando la sangre en las venas varicosas; Vidal, (de Cassis), enrollando el haz venoso al rededor de una varilla metálica; Celso, obliterándolo por la ligadura á cielo abierto; Horteloup, extirpándole.

Sin ocuparnos de la resección del canal deferente, ligadura de las arterias espermáticas, castración, recursos que se han empleado algunas veces, sin utilidad y con un resultado desastroso el primero, y en casos desesperados, el último; sólo citando sin discutirlos, los procedimientos de obliteración subcutánea, coagulación, torsión, cauterización, acupuntura, electropuntura, trataremos únicamente de la intervención quirúrgica sangrante, diciendo antes dos palabras respecto á sus indicaciones.

En general, señalan la necesidad de buscar una curación radical, las circunstancias siguientes: 1ạ Varicocele muy dolorosa. 2ạ Atrofia del testículo é impo-

tencia. 3ª Perturbaciones mentales. 4ª Modificación de las condiciones sociales del individuo, incapacitándolo para el ejercicio de su profesión, ó para la adquisición de un empleo ó puesto ambicionado. Los cirujanos están contestes en que fuera de estos casos única y exclusivamente dederá recurrirse al tratamiento paliativo.

Justificada la necesidad de una operación sangrante, la naturaleza é importancia de ésta, deberá subordinarse á uno de estos dos elementos: dimensiones del escroto, y volume del tumor varicoso. Al forro testicular se le atacará por la resección, y á las venas, por la ligadura, sección ó excisión; unos y otros medios podrán combinarse de distinta manera según lo requiera cada caso particular.

1º Si la varicocele es pequeña y muy dilatado el escroto, la resección simple de este último será suficiente en la generalidad de los casos para remediar el mal. Esta operación imaginada por Cooper, tiene por objeto levantar el testículo, lo que favorece la depleción de los vasos del cordón y restituye á los órganos su sostén natural, que se opondrá al progreso de la dilatación venosa.

Guyon reseca el escroto por una incisión ilíptica de gran diámetro transversal, hecha sobre la cara antero-externa de las bolsas, del lado afectado, y uno ó dos centímetros arriba del borde superior del testículo correspondiente.

Para facilitar el primer tiempo de la operación Henry, de New-York, recomienda el uso de un *clamp.*

Tratando la varicocele por el medio quirúrgico que acabanos de señalar, no es raro ver reincidir la enfermedad, lo que se explica teniendo en cuenta que la resección del escroto no es, hasta cierto punto, más que un medio paliativo cuyo mecanismo terapéutico es el mismo que el del suspensorio.

2º Cuando la varicocele es un poco voluminosa, sin que la envoltura cutánea haya adquirido grandes proporciones, bastará la simple ligadura del paquete venoso.

El profesor Guyon descubre los vasos por medio de una incisión longitudinal, de 0.m05, sobre la cara antero-externa del escroto al nivel del cordón, aisla el grupo anterior varicoso, sin abrir la vaginal, y lo comprende entre dos ligaduras distantes 0.m03 á 0.m04 una de la otra.

3º Si la varicocele es de muy grandes dimensiones y el escroto excesivamente alargado, convendría la resección de la cubierta cutánea, combinada con la excisión de las venas. Este último detalle tiene por objeto casi único obrar moralmente en el ánimo del enfermo; en efecto, éste, aun cuando recibiese de la operación un positivo beneficio, si no se hubiera hecho la extirpación de las varices vería siempre con desconfianza el tumor todavía presente, lo que sería origen de preocupaciones constantes.

Son varios los procedimientos que se han seguido para practicar una operación. Uno de los más conocidos es el de Horteloup.

Dicho procedimiento consiste en la resección en un solo tiempo del escroto y del haz venoso posterior al canal deferente. La operación se practica de la manera siguiente: Se reconoce por la palpación el grupo que forman las venas posteriores y se les fija por medio un hilo pasado detrás de ellas; hecho esto, mientras se levantan los tetículos hasta el anillo inguinal, se coloca un *clamp* especial, y en su concavidad, y de cada lado del pliegue escrotal, se aplica una laminilla metálica en la cual se fijan los hilos de plata de una sutura profunda; en seguida sobre la convexidad de aquel instrumento se desliza un birturí que seccione la porción excedente del escroto; una sutura de alfileres reune los labios de la herida cutánea. Quitado el *clamp*, se aplica una curación antiséptica.

Hay en este procedimiento un detalle que no se comprende y del cual su autor no da la explicación: es el de obrar sobre el grupo venoso posterior, esté ó no localizada en él la varicocele. Que se le ataque cuando allí están las varices, se comprende; pero que estando sano se le reseque, no se descubre el por qué.

A nuestro humilde juicio el procedimiento del cirujano francés tiene un inconveniente capital, y es la posibilidad de una infiltración sanguínea de las bolsas por la falta de ligadura de los vasos seccionados. Este accidente es tanto más de temerse cuanto que las venas varicosas quedan abiertas cuando se les corta.

*
* *

Las observaciones que á continuación apunto, se refieren á individuos que han sido operados procediendo de la manera siguiente:

Después de rasurar el pubis y región perineo-escrotal, de hacer la asepsia rigurosa del campo operatorio, por medio de líquidos apropiados, se cubren las partes vecinas con lienzos impregnados de soluciones antisépticas, un ayudante levanta los testículos hasta ponerlos en contacto con el anillo inguinal. En seguida se toma de la parte antero-inferior del escroto, un pliegue transversal tan grande como lo exija el alargamiento de las bolsas, se le sujeta con una pinza larga y se le secciona inmediatamente arriba del instrumento, deslizando sobre este la hoja de un bisturí. Los organos hacen hernia á través de la pérdida de substancia, quedando á la vista los elementos del cordón, entre los cuales se dibujan las venas varicosas, que pueden hacerse más aparentes comprimiendo ligeramente con el dedo el anillo inguinal. Se procede en seguida al aislamiento del haz venoso enfermo, sirviéndose de los dedos y de una sonda canalada, tomando particular cuidado en separarlo del canal deferente y de las arterias, por una disección atenta.

Cuando está ya perfectamente aislado y descubierto el paquete varicoso, se pasan detrás de él dos hilos de *catgut* que se anudan separadamente, dejando entre los

dos un intervalo de extensión proporcional á la longitud de las varices; á la porción intermediaria se la divide simplemente si no es de gran volumen; se la reseca en el caso contrario. Después de esto se hace la hemostasia definitiva y un último lavado; se sutura la herida operatoria con seda ó crin de Florencia por puntos separados y se cubre todo con una curación antiséptica que se sujeta por medio de un vendaje. A los cinco ó seis días se quitan las suturas; y desde entonces el operado no debe abandonar el suspensorio cuyo uso es conveniente prescribirle.

## OBSERVACION PRIMERA.

N. N., de 18 años de edad, se presentó en el consultorio particular del Dr. López, quejándose de agudos dolores en los testículos y más intensos en el izquierdo. Examinándole se le encontró una varicocele izquierda, muy desarrollada que no había podido mejorarse por los medios paliativos usados hasta entonces. Se le propuso una operación que fué aceptada en el acto y que se llevó á cabo en el Asilo Español por el referido cirujano. Si siguió el procedimiento que hemos señalado anteriormente con este detalle: el paquete varicoso fué ligado en masa en dos puntos distantes $0^{m}.0.15$ uno de otro, seccionando simplemente la porción intermedia.

El resultado de la operación ha sido enteramente halagador; los dolores desaparecieron por completo, y el

individuo se encuentra á la fecha en un estado satisfactorio.

## OBSERVACION SEGUNDA.

J. B., paisano, ingresó al Hospital Militar el día 4 de Enero del corriente año con objeto de curarse de una varicocele izquierda, de la cual venía padeciendo hacía once años y que no se mejoró con la resección simple del escroto, practicada en el mes de Enero del año próximo pasado, y en el propio Hospital de San Lucas, por el Dr. Escobar. Los dolores que acusaba este enfermo eran intensos á un grado verdaderamente excepcional, lo suficiente para que alguna vez intentara suicidarse. La necesidad de una operación se imponía y fué ejecutada el día 7 de Enero del año en curso por el Dr. Preciado. El procedimiento puesto en práctica fué el ya mencionado; como la varicocele era de un volumen extraordinario, se resecó el haz varicoso en una estensión de $0^{m.}$ 0.25.

El éxito fué bastante bueno, los dolores disminuyeron rápidamente, y cuando J. B. abandonó el Hospital las molestias eran nulas.

## OBSERVACION TERCERA.

El Soldado Rafael Gordillo del 1$^{er.}$ Batallón, ingresó al Hospital Militar el día 24 de Abril de 1893 queájndose de vivas molestias en las bolsas, molestias que

se cambiaba en dolores intensísimos con las fatigas de la instrucción que recibía en su cuartel. Al examinarlo se le encontró una gran dilatación de las venas espermáticas izquierdas; el escroto estaba sumamente relajado; el testículo blando y más pequeño que el derecho. El Dr. Preciado, á cuyo servicio dicho enfermo pertenecía, le propuso una operación que, aceptada, se practicó el día 3 de Mayo, siguiendo el procedimiento antes citado.

Las consecuencias de la operación fueron perfectamente favorables; los dolores cesaron y el individuo reanudó sus faenas militares, sin volver á experimentar la más insignificante molestia.

Vicente Barragán.